

**Anmeldung zur Psychotherapie (HPG)**

Dunckerstr. 78  
10437 Berlin  
Telefon 030 755 193 97  
Fax 030 755 193 97  
Mobil 0174 995 20 32  
post@sabineschroeder.de  
www.sabineschroeder.de

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_ im Alter von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Schulbildung: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Religion/Gemeinde (wenn beratungsrelevant): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kurzbeschreibung des Anliegens/Problems: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in therapeutischer Behandlung: Ja/Nein

Wenn ja, bitte geben Sie Grund und Jahr an: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal von einem Arzt untersucht? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann wurde das letzte Mal ein großes Blutbild erstellt und mit  
welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen liegen vor? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Name und Telefonnummer Ihres Hausarztes für den  
Notfall an: \_\_\_\_\_

Ich bin über die Kosten von \_\_\_\_\_ € pro Std. informiert und  
einverstanden. Therapierozesse können (anonym) supervidiert werden.  
Dies dient lediglich der eigenen Reflexion, um Sie noch besser  
begleiten zu können. Da ich selbst BeraterInnen ausbilde, freue ich  
mich, wenn Sie einer möglichen verfremdeten und anonymen  
Verwendung Ihres Anliegens im Rahmen der allgemeinen  
Schweigepflicht zustimmen: ja/nein.

Ich bin damit einverstanden, dass ich einen Therapieprozess nach  
Möglichkeit nur in der vorletzten Stunde ohne Begründung kündigen  
kann. Stunden, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt worden sind,  
werden mir in Rechnung gestellt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Anamnesebogen aus. Vielen Dank!**